

L. — NÉVRALGIES.

§ 1. — Sont ordinairement symptomatiques, soit d'une lésion locale, soit, le plus ordinairement, d'une affection générale. — Hyperesthésie cutanée au niveau des points d'expansion terminale. — Anesthésie parfois consécutive en ces mêmes points. — Rien n'est moins exact que les points douloureux indiqués par Valleix. — Un point constant, et qu'il n'a pas signalé, est le point apophysaire. — La cause d'une névralgie exerce une influence sur le siège de cette névralgie. — La périodicité et l'intermittence sont un caractère fréquent des névralgies, quelle que soit l'origine de celles-ci.

MESSIEURS,

Il me répugne de traiter dans cet amphithéâtre les questions de pathologie : c'est dans une autre enceinte que des leçons de ce genre doivent être faites ; mais lorsque plusieurs cas d'une même affection se trouvent réunis dans le service de la clinique, ou bien lorsqu'un cas remarquable et fécond en enseignements se présente à notre observation, il est de mon devoir de saisir cette occasion et de vous faire voir en quoi les faits de la clinique diffèrent de ceux que l'on tient ordinairement comme types, en quoi ils s'en rapprochent ; car cette étude pratique et toute d'expérience laisse dans votre esprit des souvenirs ineffaçables, et vous prépare merveilleusement aux études pathologiques qui jamais ne peuvent se faire et se compléter que si la clinique vient y mettre son contrôle.

Par un hasard assez singulier, quatre cas de névralgie assez remarquables peuvent, en ce moment, être étudiés dans nos salles. Au n° 7 de la salle Saint-Bernard, est couchée une femme atteinte de névralgie hépatique et intercostale à la suite de coliques biliaires ; au n° 12 est une femme atteinte de névralgie rhumatismale ; au n° 13, une autre femme avec une névralgie de presque toutes les branches du plexus lombo-abdominal, à la suite d'un abcès sous aponévrotique de la région iliaque ; enfin, au n° 25, une jeune fille chlorotique, avec les névralgies multiples qu'on manque si rarement dans la chlorose.

À côté de ces cas réunis dans nos salles, je pourrais en grouper d'autres qui, depuis deux ou trois mois, ont passé sous vos yeux, et sur lesquels j'ai toujours appelé votre attention, soit dans le cours de la visite, soit dans l'amphithéâtre.

L'occasion est donc venue, messieurs, de vous indiquer en peu de mots les principales formes des névralgies, et les divers traitements que vous m'avez vu leur opposer.

Je vous rappellerai que la plupart des pathologistes ont fait deux grandes classes de névralgies. Celles qui ne se lient à aucune lésion organique dont elles soient l'expression sympathique ; celles, au contraire, qui semblent n'être que le retentissement douloureux d'une lésion locale plus ou moins grave, enfermant dans son atmosphère douloureuse quelques rameaux nerveux, ou bien en déterminant la compression ou l'irritation.

Je ne veux pas trop blâmer cette division classique qui peut aider la mémoire et faciliter l'intelligence des névralgies ; mais je veux tout de suite vous faire remarquer que, à vrai dire, il n'y a que des névralgies symptomatiques.

Certes, entre les névralgies que l'on observe si communément dans la chlorose, dans l'empoisonnement saturnin, dans les diverses anémies, dans le rhumatisme, et celles qui accompagnent la carie d'une dent, la nécrose d'un os, la présence d'une tumeur ou d'un phlegmon dans le bassin, il y a de notables différences sur lesquelles j'insisterai tout à l'heure ; mais que la névralgie soit liée à la chlorose ou à une carie dentaire, elle n'en est pas moins symptomatique, dans le premier cas, de la cachexie chlorotique ; dans le second, de la lésion de la dent.

Si donc, ainsi que nous le verrons plus tard, au point de vue de la curabilité, de la ténacité, il y a une grande différence entre ces deux formes, l'expression *douleur* n'en est pas moins la même ; de sorte que toutes les névralgies, en tant que douleurs, se ressemblent, à l'exception toutefois de la névralgie que j'ai appelée *épileptiforme*, et dont je vous ai déjà longuement entretenu.

Il est certain que la cause de la névralgie exerce le plus souvent une influence évidente sur le retour, la durée, l'époque d'invasion des accès douloureux, comme aussi sur le siège de la douleur ; mais, pour la douleur elle-même, elle a des caractères qui sont, à très-peu de choses près, identiques.

Si vous vous rappelez les recherches que j'ai faites devant vous pendant la visite ; si vous vous souvenez des points douloureux que nous trouvions, vous devez rester convaincus que la forme de la douleur n'a pas varié, soit que la chlorose, la syphilis, le rhumatisme, le miasme palustre, soit qu'une lésion inflammatoire aiguë ou qu'une affection chronique fussent être considérés comme causes de la névralgie.

Si la névralgie occupait les rameaux du trifacial, c'était toujours au point d'émergence des branches ophthalmique, maxillaire supérieure et maxillaire inférieure, que la douleur se faisait le plus vivement sentir ; puis venait le point frontal qui manquait rarement, le point pariétal qui faisait plus souvent défaut ; enfin, le nerf occipital, bien que n'ayant aucun rapport d'origine avec le trijumeau, était presque toujours conjointement affecté.

Chose bizarre, inexplicable, mais invariable dans tous les faits que nous avons observés avec soin, et dont nous avons tenu note exacte, soit que le trifacial fût seul pris, soit que simultanément le nerf occipital fût intéressé, toujours la pression des apophyses épineuses des deux premières vertèbres cervi-

cales était fort douloureuse, et, dans un certain nombre de cas, cette pression éveillait immédiatement les élancements dans les nerfs malades.

Si les nerfs du plexus brachial étaient atteints, invariablement la pression des apophyses épineuses des dernières vertèbres cervicales était douloureuse; et il en était de même lorsque nous explorions la colonne vertébrale dans le cas de névralgie intercostale, lombaire, sciatique.

On peut donc établir en thèse générale un premier fait, à savoir que, dans les névralgies, les apophyses épineuses sont douloureuses à la pression dans le point correspondant à peu près à celui d'où le nerf sort du trou de conjugaison, et qu'assez souvent la douleur remonte encore un peu plus haut dans la colonne vertébrale. Vous avez vu nos malades atteints de sciatique; vous avez vu nos femmes prises de névralgie du plexus lombo-abdominal; chez tous, la pression des apophyses épineuses était fort douloureuse, au niveau des vertèbres sacrées chez les premiers, au niveau des dernières vertèbres dorsales chez les secondes.

Il semblerait résulter de ce fait que le point d'origine de la névralgie est peut-être dans la moelle épinière elle-même, et que la douleur occupant la périphérie n'est que l'irradiation de la douleur spinale. Cependant je confesse que l'on peut admettre également que la lésion de l'extrémité du cordon nerveux ou de quelque partie de ce cordon, dans son trajet depuis la moelle jusqu'à la périphérie, transmet l'impression douloureuse jusqu'à la moelle épinière, impression douloureuse que la pression des apophyses épineuses éveille si vivement. J'ajoute même que cette dernière opinion est la plus probable, puisque, le plus souvent, ce sont des lésions périphériques évidentes qui sont le point de départ des névralgies; ainsi la carie des dents, la nécrose des os, les tumeurs diverses développées soit au voisinage, soit dans l'épaisseur même des cordons nerveux, ainsi encore les phlegmasies qui embrassent les nerfs dans leur atmosphère.

D'un autre côté, on ne peut nier que souvent, principalement dans les affections rhumatismales qui frappent la moelle épinière, le mal ne commence par le centre nerveux pour irradier vers la périphérie.

Quoi qu'il en soit de toutes ces explications, la névralgie se révèle par les douleurs vives que cause la pression des apophyses correspondantes au point d'origine ou d'émergence des nerfs malades.

Je vous ai dit qu'il n'y avait même pas d'exception pour le nerf de la cinquième paire, et que pas une fois, dans nos investigations, nous n'avons manqué de trouver les deux premières vertèbres très-douloureuses, en même temps que le tronc ou les rameaux du nerf. Il est vrai que, dans ce cas, bien que la loi persiste, l'explication du phénomène n'est plus ni aussi facile, ni aussi satisfaisante. Lorsqu'il existe une névralgie du plexus lombaire, je comprends assez facilement par la disposition anatomique des parties, la douleur que l'on sollicite lorsque l'on presse les apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales et des premières lombaires; mais je ne vois pas la relation

qui existe entre les deux premières vertèbres cervicales et le nerf trijumeau.

Encore une fois, messieurs, le fait existe, la règle est à peu près invariable; aussi devient-elle un moyen de diagnostic qui n'est pas sans valeur. Lorsque, sous l'influence d'une violence extérieure, il est survenu un point de côté, la douleur de l'apophyse épineuse n'existe pas: la même chose peut être observée au début d'une pleurésie ou d'une pleuro-pneumonie. Il n'y a point encore névralgie, il y a douleur locale, qui quelquefois deviendra plus tard névralgie, mais qui ne l'est pas encore. Tandis que lorsqu'une douleur de côté survient chez un anémique, chez une chlorotique, chez un dyspeptique, indépendamment, bien entendu, de toute lésion locale, on observe toujours la douleur des apophyses épineuses.

J'en veux donner un autre exemple. Une odontalgie se déclare après l'application d'une dent à pivot. Quelque vive que soit la douleur, les apophyses épineuses ne sont pas sensibles à la pression; mais si la douleur localisée d'abord à la dent, et à une dent de la mâchoire inférieure, se propage au nerf maxillaire inférieur, puis au maxillaire supérieur, et enfin à la branche ophthalmique, dès lors la pression des apophyses est douloureuse; nous avons une névralgie.

La même chose a lieu lors d'une colique hépatique. Des souffrances horribles éclatent tout à coup au creux de l'estomac et dans la région occupée par la vésicule du fiel et par le canal cholédoque. Jusque-là il n'y a que douleur locale, sans névralgie, et la pression des apophyses épineuses des vertèbres dorsales n'est nullement pénible; mais souvent, après deux ou trois jours de souffrances aiguës, il se déclare une vive douleur dans les septième, huitième et neuvième espaces intercostaux, dans l'épaule, dans le cou et dans le bras du même côté; dès lors la névralgie est constituée, et les vertèbres deviennent très-douloureuses.

Vous voyez, messieurs, que la distinction en apparence subtile que je faisais tout à l'heure est fondée en raison de ce qu'il ne faut pas confondre les névralgies avec les douleurs locales, et que, enfin, il existe un signe précieux qui permet d'établir la distinction entre ces deux formes de douleurs.

Il vous semble aussi que dans les exemples que je viens de vous citer, dans lesquels la douleur locale engendre la névralgie, la moelle épinière est influencée, puis réagit d'une manière réflexe pour constituer la névralgie dans laquelle elle semble toujours intéressée.

L'état général, les cachexies surtout, jouent un rôle capital dans le développement des névralgies. Si nous voyons les rhumatisants, les chlorotiques, prendre des névralgies avec une facilité étrange, et en quelque sorte spontanément, on conçoit que, chez ces malades, une vive douleur, une tumeur même très-douloureuse éveilleront dans l'axe spinal une excitation du centre de laquelle les névralgies apparaîtront avec une violence extrême. C'est ce qui arrive en effet. Tandis, par exemple, qu'une femme vigoureusement constituée peut, pendant longtemps, souffrir d'une phlegmasie chronique de l'utérus ou de ses annexes, sans retentissement névralgique, une femme chlorotique n'aura pas plu-

tôt une légère irritation de ces mêmes parties, que, du côté des cuisses, de l'aîne, etc., etc., elle aura des névralgies. Tel est le cas de notre jeune fille du n° 27, dont je veux vous rappeler sommairement l'histoire.

« Cette jeune fille, âgée de dix-sept ans, bien réglée jusque-là, quoique peu abondamment, prit un bain froid le dernier jour de ses règles. Immédiatement celles-ci se supprimèrent, et la jeune fille ne tarda pas à éprouver une vive douleur dans la région de l'ovaire gauche. A quelques jours de là, elle eut des palpitations, de l'essoufflement, des troubles de la digestion, des douleurs vagues : elle était devenue chlorotique. C'est alors qu'elle entra dans notre service pour de vives douleurs de poitrine, disait-elle. Ces douleurs étaient si vives qu'elles gênaient la respiration ; il ne nous fut cependant pas difficile de découvrir qu'elles étaient simplement dues à une névralgie intercostale du côté gauche. Comme cette névralgie nous semblait liée à l'existence d'un état chlorotique et que la chlorose donne ordinairement naissance à des névralgies multiples, il nous sembla rationnel de rechercher s'il n'y avait pas quelque autre névralgie, et nous découvrîmes en effet l'existence, chez cette jeune fille, d'une névralgie lombo-abdominale et d'une névralgie crurale également située du côté gauche, et dont la malade ne se plaignait pas, préoccupée qu'elle était de la névralgie intercostale qui entravait en partie ses fonctions respiratoires. »

Vous voyez, par les nombreux exemples que je vous ai cités, et comme vous l'avez d'ailleurs constaté en explorant vous-mêmes, pendant la visite, la colonne vertébrale des individus atteints de névralgie, vous voyez combien les apophyses épineuses sont douloureuses dans les points correspondant à la lésion supposée de la moelle épinière.

Il est une autre particularité sur laquelle j'ai fixé votre attention, et dont les auteurs qui se sont occupés de l'étude des névralgies n'ont pas traité d'une manière assez explicite, je veux parler de l'*hyperesthésie cutanée*, au point d'émergence des rameaux nerveux. C'est dans les névralgies intercostale, lombaire et crurale qu'on étudiera le mieux ce phénomène.

La douleur dont il s'agit présente des caractères qui ne permettent pas de la méconnaître, et que l'on peut considérer à peu près comme invariables. Quand on gratte la peau avec l'extrémité de l'ongle, quand on la frotte légèrement avec un corps dur comme l'extrémité mousse d'un crayon, les malades accusent une sensation pénible, un picotement, une cuisson qu'ils comparent à la sensation causée par le frottement de la peau qui a subi une brûlure au premier degré. La vivacité de cette sensation varie en raison de conditions individuelles qu'il est difficile d'apprécier ; un peu obtuse chez quelques personnes, elle est chez d'autres singulièrement exaltée. Là où le cordon nerveux sort de la profondeur des tissus pour se placer sous la peau, comme cela a lieu pour le poplité externe et pour le saphène interne, on peut, avec le bout du doigt, suivre le trajet douloureux du nerf jusqu'à son épanouissement dans la peau. Mais pour les nerfs intercostaux qui, au moment de leur émergence, se divisent immédiatement en filets extrêmement nombreux,

la douleur de la peau s'étale dans un espace assez considérable, et n'est plus circonscrite comme dans les exemples que nous rapportions tout à l'heure. Cette circonstance fait commettre chaque jour bien des erreurs de diagnostic, et il faut convenir que les malades eux-mêmes ne contribuent pas peu à nous tromper. Vous vous rappelez une jeune femme couchée au n° 10 de notre salle Saint-Bernard. Elle avait des névralgies multiples et très-mobiles ; vous l'avez entendue bien souvent se plaindre de vives douleurs qu'elle avait à l'estomac, douleurs que j'essayais de calmer par l'usage interne du bismuth, de la belladone, de l'opium, etc. Mais un jour que nous recherchions avec grand soin les points douloureux d'une vive névralgie intercostale dont elle se plaignait, nous constatons l'existence d'une douleur aiguë au niveau des sixième et septième apophyses dorsales et une exaltation extrême de la sensibilité de la peau dans les points où s'épanouissait l'extrémité antérieure des deux nerfs intercostaux atteints de névralgie ; et, comme ces deux nerfs envoient leurs rameaux terminaux sur toute la région épigastrique, la peau de cette région était douloureuse à un point extraordinaire ; il nous devenait facile ainsi de comprendre que nous avions affaire, non pas à une *gastralgie*, mais bien à une *épigastralgie*, et cette observation nous donnait la clef de bien des faits dont l'interprétation nous avait naguère paru très-difficile. Notre attente étant désormais fixée sur ce point de pathologie, nous retrouvions beaucoup de cas analogues aussi bien dans notre pratique privée que dans les salles de notre hôpital.

Il est bien ordinaire, en effet, de voir des femmes qui ne peuvent supporter un cordon autour de leur taille et la moindre pression au creux de l'estomac ; en y regardant de près, on peut se convaincre que presque toujours il s'agit d'une névralgie intercostale avec épigastralgie. Que de fois, dans la pratique, des femmes viennent se plaindre de douleurs au cœur qui ne sont autre chose qu'une névralgie intercostale, et comme cette névralgie est particulièrement commune chez les femmes chlorotiques et névropathiques, plus sujettes que les autres aux palpitations de cœur, il en résulte que les malades et que le médecin voient, entre ces palpitations et la douleur du côté, une connexion qui n'est qu'apparente. Vous avez pu, encore tout récemment, en observer un curieux exemple chez une jeune fille dont je vous ai déjà parlé, et que, pendant le mois de novembre 1863, vous avez vue couchée au n° 9 de la salle Saint-Bernard. Elle se plaignait un matin de violentes palpitations de cœur, et en même temps d'une vive douleur au niveau de la région cardiaque. Il nous était, en effet, facile de constater que le cœur battait et plus vite et plus fort qu'à l'ordinaire, et nous entendions un bruit de souffle doux à la base, coïncidant d'ailleurs avec un bruit de souffle continu dans les vaisseaux du col ; notre jeune malade était chlorotique. Vous vous le rappelez, en explorant la région du cœur, comme nous le faisons ordinairement pour reconnaître la névralgie intercostale, nous trouvions une hyperesthésie considérable de la peau, en même temps que la douleur correspondante au niveau des apophyses épineuses des quatrième et cinquième vertèbres. Il y avait d'ailleurs, chez elle,

de nombreuses névralgies ayant leur siège au visage, sur d'autres points du tronc, sur le trajet des membres inférieurs.

De tels faits, dont il me serait facile d'allonger la liste, vous prouvent assez quelle est l'importance sémiotique de cette hyperesthésie, et à quelles erreurs elle peut conduire, alors qu'elle est mal interprétée.

Mais, messieurs, si vous observez l'hyperesthésie cutanée dans la névralgie, il est encore un autre phénomène tout à fait inverse, qui, bien que plus rare, existe néanmoins assez souvent pour que je ne doive pas ici le passer sous silence; je veux parler de l'anesthésie.

Cette anesthésie est souvent la conséquence des névralgies essentielles non médullaires, c'est-à-dire de celles qui semblent être de cause rhumatismale, par exemple, ou qui tiennent à une lésion peu sérieuse de la moelle. Dans le début, et souvent durant un temps assez long, il n'y a que des phénomènes indiquant l'exaltation de la sensibilité; mais, quand le mal a duré longtemps, à l'exaltation succèdent la diminution, et enfin la perte totale de la sensibilité. Dans ce cas, j'en conviendrai, il y a sans doute plus qu'une névralgie, et l'anesthésie peut être regardée comme la conséquence d'une altération de texture de la moelle ou même du cordon nerveux, comme cela a lieu dans les névrites.

Mais, assez souvent pourtant il nous sera donné de voir succéder l'anesthésie cutanée à l'hyperesthésie, surtout dans le zona.

Déjà, en traitant ailleurs de cette dernière maladie, je vous ai dit combien souvent elle était accompagnée de douleurs névralgiques; combien ces douleurs avaient de persistance; je vous ai cité des exemples dans lesquels la névralgie avait duré plus de dix ans, et n'avait abandonné les malades qu'à la mort.

Mais en même temps je vous ai dit que, lorsqu'elle avait duré si longtemps, on voyait quelquefois succéder à l'hyperesthésie cutanée, une sorte d'insensibilité étrange, dont les malades se plaignent avec amertume. Cette anesthésie s'observe assez souvent aussi dans la névralgie sciatique, et elle s'observe principalement dans les points où s'épanouit le rameau poplité externe; mais cela n'arrive que lorsque la maladie a duré fort longtemps.

Messieurs, j'ai toujours été surpris de la facilité avec laquelle le public médical a accepté certaines notions diagnostiques sur les névralgies données par Valleix (1), je veux parler des *points douloureux superficiels*. Vous avez vu avec quel scrupule nous recherchons ces points douloureux chez tous nos malades. Pour les névralgies qui occupent la tête, ce sont bien ceux que Valleix a indiqués et que tout le monde avait indiqués avant lui.

La cinquième paire se divise en trois branches principales, et c'est au point d'émergence de ces trois branches que la douleur se fait particulièrement sentir, c'est-à-dire au niveau de l'échancrure sous-orbitaire pour la branche ophthalmique; au niveau du trou sus-orbitaire pour la branche maxillaire

(1) *Traité des névralgies*. Paris, 1841.

supérieure; au niveau du trou mentonnier pour la branche maxillaire inférieure. Il est bien facile de s'assurer du fait, en pressant sur les points que je viens d'indiquer avec l'extrémité mousse d'un crayon et même avec le doigt. Mais il est encore d'autres points douloureux. Quand la névralgie sus-orbitaire est un peu vive, le rameau nasal est extrêmement douloureux, et l'on provoque de la souffrance en pressant légèrement la peau au point d'émergence de ce petit nerf. Quoique la branche ophthalmique, en sortant de l'échancrure sus-orbitaire, s'épanouisse sur le front en rameaux nombreux, et quoique la dissection ne fasse pas connaître un ramuscule qui, comme le rameau nasal, émerge subitement sous la peau après avoir parcouru les parties profondes, cependant, par la pression, on détermine ordinairement une assez vive douleur au niveau de la bosse frontale. Il en est de même pour la bosse pariétale, où la douleur à la pression est également assez vive, bien que le rameau du trifacial qui remonte au-devant de l'oreille et qui va s'épanouir dans la peau du crâne jusqu'à la bosse pariétale, ne sorte pas au-dessous de la peau à la manière du rameau-nasal de l'ophthalmique.

Ce même rameau est encore remarquablement douloureux dans un autre point, c'est au niveau de l'apophyse zygomatique au-devant de l'oreille.

Au reste, l'observation que je viens de faire n'a rien que de conforme aux autres faits observés; nous constatons en effet, pour la plupart des nerfs atteints de névralgie, deux points où la douleur se fait plus particulièrement sentir: 1° celui où la branche sort des parties profondes pour arriver au-dessous des téguments; 2° celui où les rameaux et les ramuscules de ce nerf s'épanouissent dans la peau. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la petite branche temporale, aussi bien que la branche ophthalmique, ne donnent de douleur que dans les deux points extrêmes dont je viens de parler.

Quant au rameau occipital, il est ordinairement douloureux au point où il se dégage de la profondeur des muscles, et il reste douloureux dans un trajet assez court.

Valleix, en indiquant les points où la douleur se faisait particulièrement sentir, a été dirigé plutôt par la notion anatomique que par les faits. Il a vu que, à la face, par exemple, la douleur se manifestait plus particulièrement aux points d'émergence des nerfs, c'est-à-dire là où ils sortent des os pour arriver sous la peau, et il a pensé qu'il devait en être ainsi pour les autres nerfs: ce qui est contraire à l'observation. Il a alors indiqué, pour la névralgie intercostale, qui est si commune, trois points douloureux: le premier, correspondant à l'angle des côtes; le second, vers la partie moyenne de la côte; le troisième, vers son extrémité sternale. Or, cela est tout à fait faux, et il suffit d'une recherche de quelques jours pour se convaincre qu'il n'en est point ainsi.

Quels sont donc, en réalité, ces points douloureux? Il y en a trois, dont deux principaux: l'un, qui n'a pas été indiqué par Valleix et qui a une importance diagnostique considérable, est celui que j'ai appelé le *point apophysaire*;

l'autre, presque aussi essentiel à connaître, auquel j'ai donné le nom de *point d'expansion terminale*.

Le *point apophysaire* existe, comme son nom l'indique, sur les apophyses épineuses des vertèbres. Je l'ai toujours recherché depuis que mon attention a été attirée sur ce fait, et jamais, encore une fois, je n'ai manqué de le trouver.

Comment, maintenant, peut-on en constater l'existence? Il suffit de presser successivement les apophyses épineuses des vertèbres, en commençant par les deux premières, immédiatement au-dessous de l'os occipital, et descendant jusqu'aux lombes. On arrive ainsi à un point dont la pression fait brusquement redresser le malade, qui cherche à se dérober au contact et parfois pousse un cri : vous avez touché le point douloureux. On peut constater en même temps que la pression des vertèbres situées au-dessus et au-dessous ne fait éprouver aucune souffrance.

Ce n'est pas seulement dans les névralgies de la face et du tronc que l'on rencontre la *douleur apophysaire*; nous la retrouvons aussi lorsque la névralgie a son siège dans le nerf sciatique; c'est ce que nous pouvions constater pendant le mois de novembre 1863, chez deux femmes, toutes les deux atteintes de névralgie sciatique. A vrai dire, avant l'examen je comptais trouver les apophyses épineuses des vertèbres correspondant au dernier renflement lombaire douloureuses comme celles qui correspondent aux nerfs intercostaux atteints de névralgie; mais, à notre grand étonnement, quelque vive que fût la pression exercée sur les apophyses, nous ne déterminions aucune douleur. Mais en pressant sur les apophyses sacrées, nous faisons éprouver aux malades une souffrance identique avec celle que l'on provoque ordinairement quand on presse les vertèbres du dos dans le cas de névralgie intercostale. Cela tient sans doute à ce que la névralgie ne commence qu'au niveau du plexus sacré.

Vous avez pu voir, chez l'une de ces femmes dont les névralgies étaient erratiques, la grande différence qui existait, au point de vue qui nous occupe, entre la névralgie sciatique et la névralgie du nerf crural et des autres branches du plexus lombaire. En effet, le sacrum avait cessé d'être douloureux chez elle depuis que la sciatique avait disparu; nous pouvions, sans éveiller de douleur, presser fortement les apophyses épineuses de toutes les vertèbres lombaires, tandis que nous causions de la souffrance au niveau de la onzième vertèbre dorsale, qui correspond à peu près à l'origine des nerfs du plexus lombaire.

Il vous souvient peut-être d'une femme qui était couchée au n° 14 de notre salle de nourrices; elle avait des névralgies rhumatismales multiples, et les points douloureux apophysaires étaient nombreux. Or, chez elle, en pressant la protubérance occipitale, qui répond aux apophyses épineuses de la colonne vertébrale, et que l'on peut considérer comme l'apophyse épineuse de la grande vertèbre crânienne, on causait un retentissement très-douloureux dans les branches du trijumeau, et surtout dans la branche ophthalmique de Willis.

Quelquefois, par un phénomène de même ordre, on provoque une assez vive douleur dans le nerf sciatique en pressant sur les apophyses épineuses du sacrum.

Le *point apophysaire* étant trouvé, il reste à chercher le *point d'expansion terminale*. C'est ici, messieurs, qu'il faut de l'attention pour éviter l'erreur.

Je suppose qu'il s'agisse d'une névralgie intercostale occupant le sixième espace, par exemple; la douleur apophysaire existera au niveau de la cinquième et de la sixième apophyse, et la douleur terminale aux parties antérieure et latérale de la poitrine correspondra au sixième espace intercostal. Or, tandis que, pour les côtes supérieures, l'angle que font les côtes avec la colonne vertébrale est presque droit, celui que forment les côtes moyennes et inférieures est aigu, de sorte que ces côtes se dirigent de haut en bas jusqu'aux cartilages correspondants, lesquels suivent, au contraire, une direction horizontale ou même oblique de bas en haut. Si donc, en partant de l'apophyse douloureuse, on ne suit pas la côte et l'espace intercostal, on ne peut saisir la relation qui existe entre le *point douloureux apophysaire* et le *point d'expansion terminale*. En effet, une ligne fictive tracée autour de la poitrine, et qui partirait de la colonne vertébrale perpendiculairement à la direction de cette colonne, arriverait sur la ligne médiane du sternum, mais il s'en faut bien que telle soit la direction des côtes; or, comme la cinquième et la sixième apophyse épineuse répondent perpendiculairement à la région moyenne du sternum, on est tenté de chercher la douleur d'expansion terminale en ce point, alors qu'il faut la chercher 8 ou 10 centimètres plus bas, c'est-à-dire vers l'extrémité de la côte, au voisinage de la partie où celle-ci vient s'unir au cartilage sternal.

J'ai cru devoir insister, messieurs, sur ce fait, parce que plusieurs fois, dans le cours de nos visites, j'ai vu quelques élèves étonnés de ne pouvoir trouver le point douloureux antéro-latéral dans une névralgie intercostale, lorsqu'ils avaient d'ailleurs très-bien reconnu le *point apophysaire*.

Je vous ai dit déjà que c'est au point d'expansion terminale qu'existe l'hyperesthésie cutanée, et je vous ai indiqué les moyens de la constater. Cette hyperesthésie est presque invariable.

Lorsque la névralgie est sous la dépendance d'une cachexie, la nature de cette cachexie exerce une influence assez notable sur le siège de la névralgie.

La chlorose se révèle par des névralgies à siège multiple, toutefois c'est le nerf trijumeau qui est le plus souvent frappé avec les nerfs du plexus solaire.

La névralgie stomacale et intercostale manque rarement chez les femmes dont la constitution est épuisée par le flux utérin sanguin ou par la leucorrhée.

Dans la cachexie palustre, c'est sur le nerf ophthalmique que le mal frappe le plus ordinairement.

Chez les rhumatisants, le nerf occipital, le nerf sciatique sont le plus souvent atteints. Il est bien entendu, messieurs, qu'ici je ne prétends indiquer rien de bien précis, ni qui ne soit sujet à de très-nombreuses exceptions.

Dans les cachexies cancéreuse et syphilitique, la névralgie n'a pas de siège

de prédilection, elle se montre dans l'atmosphère d'irritation et de douleur qui se développe autour de tel ou tel accident local : ainsi, les névralgies sciatiques dans le cancer du bassin, les névralgies lombo-abdominales et crurales dans les cancers des reins, de l'utérus ; ainsi les névralgies temporales et occipitales, les névralgies brachiales, s'il existe quelque tumeur osseuse syphilitique sur les pariétaux, sur l'humérus.

Il est assez étrange, messieurs, que les maladies du système nerveux se traduisent bien souvent par des phénomènes intermittents. L'épilepsie, la catalepsie, certaines chorées, beaucoup d'autres affections convulsives se montrent assez souvent d'une manière non-seulement intermittente, mais encore d'une manière périodique. Il en est de même de beaucoup de névralgies, soit externes, soit viscérales.

Cette *intermittence*, cette périodicité ont lieu même dans des affections organiques d'une gravité inexorable. Je vous ai souvent cité le fait d'une dame que je voyais en 1845, avec MM. Récamier et Maisonneuve. Elle avait un cancer de la paroi interne de la matrice. Chez elle, chaque jour survenaient des accès de douleur horrible, exactement à la même heure ; les douleurs occupaient l'hypogastre, irradiaient dans les reins, dans les fesses, dans les cuisses, en suivant le trajet des principaux cordons nerveux. Elles duraient ainsi trois, quatre, cinq heures, puis cessaient, pour reparaître le lendemain exactement à la même heure.

En 1850, je voyais avec mon excellent ami M. le docteur Lasègue, une dame atteinte du même mal. C'était aussi un cancer de la face interne de l'utérus, comme si cette forme, d'ailleurs assez rare, avait le triste privilège de donner lieu à des douleurs intermittentes et périodiques. Je n'ai jamais vu de ma vie un pareil martyr. La pauvre femme, lorsque sa douleur arrivait à son apogée, se roulait à terre, en poussant d'horribles cris. Les souffrances revenaient tous les jours, avec cette singulière circonstance qu'elles retardaient d'une demi-heure, de trois quarts d'heure, d'une heure, de sorte que, dans l'espace d'un mois ou plus, le moment de l'invasion avait marqué une ou deux fois toutes les heures du cadran. Le paroxysme névralgique ne durait pas plus de quatre ou cinq heures, puis tout rentrait dans le calme ; il n'y avait plus de souffrance, tout au plus restait-il un peu de fatigue et de pesanteur dans la région de l'hypogastre.

Enfin, en 1862, nous voyions à Paris, avec MM. Nélaton et Bouillaud, une dame grecque qui avait des métrorrhagies extrêmement abondantes et des douleurs névralgiques horribles, occupant toutes les branches du plexus lombaire. Il existait chez elle des corps fibreux qui occupaient la paroi de la matrice, et qui faisaient saillie dans la cavité du viscère. Pendant près d'un an que je lui ai donné des soins, la douleur s'est reproduite avec une violence et une opiniâtreté désespérantes, tous les jours, de midi à deux heures, pour cesser vers cinq ou six heures du soir. Quelquefois, mais rarement, elle se montrait pendant la nuit, mais elle ne durait alors que peu de temps. Dans l'intervalle, la

pauvre malade était assez bien, à cela près de l'extrême faiblesse que lui avaient laissée les hémorrhagies, et de l'ébranlement nerveux que de pareilles souffrances avaient donné au système nerveux.

Il est inutile de dire que, chez ces trois malades, le quinquina sous toutes ses formes avait été largement administré, sans que jamais nous eussions pu modifier en rien l'élément douloureux et la périodicité.

Vous avez pu voir, au n° 32, une jeune femme dont je vous ai déjà beaucoup parlé, et qui présente un intérêt tout particulier. Elle est un triste exemple de l'influence que peut exercer une névralgie locale et persistante sur toute l'économie. A la suite d'une ophthalmie grave, elle a perdu l'œil gauche ; il lui reste un moignon parfaitement mobile, et l'on a pu lui mettre un œil artificiel qui se meut entraîné par le moignon, de telle sorte qu'il est très-difficile de reconnaître l'infirmité dont elle est atteinte. Mais l'œil artificiel, en tant que corps étranger, a irrité ce qui reste du globe oculaire et déterminé une névralgie sus et sous-orbitaire, comme l'aurait pu faire un corps étranger introduit dans une dent cariée. Pendant fort longtemps, le mal est resté limité aux deux branches supérieures du nerf trifacial ; mais la continuité des souffrances, l'insomnie, ont éveillé chez cette jeune fille une susceptibilité nerveuse étrange, et, plus tard, vous avez vu se développer des névralgies multiples, d'abord de l'autre côté du visage, puis dans les nerfs cervicaux, intercostaux, lombaires, etc. Vous observerez fréquemment les mêmes accidents, surtout chez les femmes, à la suite de lésions locales qui auront déterminé une névralgie ; ainsi il n'est pas rare de voir l'application d'une dent à pivot, qui ne causait d'abord qu'une douleur locale très-vive, et, plus tard, une névralgie de la portion du nerf trifacial qui se distribue dans la mâchoire malade, déterminer ultérieurement une névralgie de toutes les branches du nerf, et enfin un retentissement névralgique presque universel.

La règle que suit l'évolution de la névralgie est ordinairement la suivante : s'il s'agit d'un nerf à plusieurs branches, le mal attaque successivement toutes les branches, comme si la lésion s'était propagée d'un rameau au tronc, et de là aux autres rameaux. S'il s'agit d'un plexus, la solidarité qui existe entre ses diverses branches, produit les mêmes effets que ceux que nous observions pour un nerf à tronc unique.

C'est ce qui a eu lieu dans le cas suivant : Au n° 13 de notre salle des nourrices, entre une femme de trente-huit ans, accouchée depuis quatre mois. Elle a des douleurs lancinantes dans toute la partie antérieure de la cuisse. Sur le trajet du nerf crural ainsi que dans la fosse iliaque droite, l'hypogastre est douloureux à la pression ; il n'y a cependant pas d'engorgement de la fosse iliaque. Les douleurs reviennent surtout le soir à sept heures et durent deux heures ; elles ont succédé à de la céphalalgie frontale qui a complètement disparu. Ce n'est qu'au bout de six jours que l'on constate l'existence dans la fosse iliaque d'une tumeur à contours circulaires. Cinq jours plus tard, la fluctuation devient très-évidente ; la douleur de la cuisse a beaucoup augmenté ; elle s'étend